KWALITEITSJAARVERSLAG 2019

Inhoud

Inleiding 3
1. Algemeen 4
1.1 Algemene informatie 4
1.2 Medisch personeel 5
1.3 Verwijzers van Huid Medisch Centrum 6
1.4 Wetenschappelijk onderzoek 7
2. Kwaliteit, beleid en veiligheid 7
2.1 Kwaliteitsmanagementsysteem 7
2.2 Veiligheidsmanagementsysteem 7
2.3 Klachten 8
2.4 Klanttevredenheid 8
2.5 Risico en onzekerheden 9
2.6 Maatschappelijke aspecten 9
2.7 Interne en externe ontwikkelingen 10
2.8 Realisatie kwaliteitsdoelstellingen 2019 11
2.9 Kwaliteitsdoelstellingen voor 2020 12

Inleiding

Huid Medisch Centrum is een samenwerking van Amsterdam UMC (AMC en VUmc) en Centrum Oosterwal. In Huid Medisch Centrum wordt in de volle breedte de dermatologische zorg aangeboden.

De dermatologische afdelingen van AMC en VUmc hebben in 2018 de huisarts verwezen zorg verplaatst naar Huid Medisch Centrum. Dit expertise centrum is mede ontstaan uit de wens van de overheid en zorgverzekeraars om de laag complexe zorg uit de academie te plaatsen in het kader van de doelstelling 'de juiste zorg op de juiste plek'.

Door de samenwerking kan Amsterdam UMC de opleidingsfunctie voor de dermatologie waarborgen, alsmede het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek op dermatologisch gebied.
Huid Medisch Centrum is een extramurale zorginstelling waar eveneens artsen worden opgeleid tot dermatoloog. Door de opleidingsfunctie is de output anders dan in en reguliere tweedelijns dermatologiepraktijk. Dat maakt dat er een gezonde balans moet zijn tussen de dermatologen en de dermatologen in opleiding. Hiervoor hebben wij gedurende 2018 en 2019 dermatologen aangetrokken en duidelijk gestuurd op de benodigde schaalvergroting.

In dit kader deed zich eind 2018 de situatie voor waarbij het MC Slotervaart ziekenhuis failliet werd verklaard. Gezien de acute situatie is er snel gehandeld en heeft het volledige team van de afdeling dermatologie van MC Slotervaart zich met ingang van 1 januari 2019 geschaard onder Huid Medisch Centrum. Aanvankelijk is de zorg gedeeltelijk op de hoofdlocatie aan de Paasheuvelweg en op een tijdelijke locatie in Amsterdam West aangeboden. Met ingang van 1 december 2019 heeft het team zich gevestigd op een nieuwe definitieve locatie aan het Osdorpplein.

In 2018 is de basis van het kwaliteitssysteem aangelegd door de ontwikkeling van de benodigde beleidsdocumenten en protocollen. In 2019 is op basis hiervan het scholingsprogramma ontwikkeld en uitgerold door het centrale kwaliteitsteam. Twee doktersassistentes hebben een deel van de scholing eind 2019 overgenomen en een intern auditteam zal in 2020 starten met de interne audits volgend op de thema's van de scholing. De kwaliteitsorganisatie is geïmplementeerd en het decentrale kwaliteitsteam heeft zijn uiteindelijke rol opgepakt. Om het kwaliteitssysteem optimaal te laten functioneren is er in 2019 focus geweest op het volgen van de PDCA cyclus voor verbeteringen.

Managementteam Huid Medisch Centrum

1. Algemeen

1.1 Algemene informatie

Locaties
Huid Medisch Centrum Amsterdam Zuid Oost
Paasheuvelweg 28

Huid Medisch Centrum Amsterdam West
Osdorpplein 358

Huid Medisch Centrum Amsterdam Centrum
Reguliersgracht 130

Huid Medisch Centrum Amsterdam Watergraafsmeer
Linnaeushof 6

Website: www.huidmedischcentrum.nl
Telefoonnummer 020 – 215 60 60
Rechtstreeks nummer voor intercollegiaal overleg 020 – 215 60 99

Instelling voor Medisch Specialistische Zorg
Huid Medisch Centrum heeft een erkenning door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport als instelling voor Medisch Specialistische Zorg.

Missie en beleid
Huid Medisch Centrum wil een toonaangevend centrum zijn in het bieden van kwalitatief hoogwaardige dermatologische, flebologische en paramedische zorg in een persoonlijke en servicegerichte omgeving. Patiënt gerichte zorg met als uitgangspunt dat wij de patiënt in staat stellen om zelf te kunnen meebeslissen. Iedereen streeft ernaar om de patiënt op een zo goed mogelijke wijze te behandelen onder het motto - behandel mensen zoals je zelf ook behandeld zou willen worden.

Onze missie luidt als volgt: “Het leveren van dermatologische en flebologische zorg in de volle breedte, waarbij kwaliteit, klantvriendelijkheid en flexibiliteit centraal staan”.

Governance - bestuur & toezicht
Huid Medisch Centrum heeft een eenhoofdig bestuur met een vierhoofdige Raad van Toezicht.

Bestuurder
Dhr. S.J.W. Gaastra MBA/MBI

Toezichthouders
Prof. dr. M.H.H. Kramer
Drs. S.J.J. Koomen
Mevr. drs. G.J.M. van den Maagdenberg
Dhr. S.G. van de Vusse

Zorgverzekeraars – contracten
Huid medisch Centrum heeft met alle zorgverzekeraars in Nederland een contract. Op de website is conform wettelijke verplichting de passantenprijslijst gepubliceerd.

1.2 Medisch personeel

Het team van Huid Medisch Centrum bestaat uit medisch secretaresses, doktersassistenten, huidtherapeuten, dermatologen en flebologen. Hieronder een overzicht van de werkzame artsen in Huid Medisch Centrum.

Naam		BIG registratienummer
Artsen / Medisch specialisten		
Marcel Bekkenk		49048415001
Rick Hoekzema		79021565601
Menno Gaastra		99042012001
Edwin van Leent		59045236301
Mireille van der Linden		49022526301
Jan Mekkes		79022732301
Menno de Rie		19023479101
Markus Starink		79061391001
Marjolein Wintzen		19045459401
Albert Wolkerstorfer		69044366301
Nathalie Boogaards	Vanaf 1 november 2019	79911878001
Liesbeth van der Rhee		59911868701
Marjon van Gasselt		59021040101
Peter Lee		09061517901
Judith Serrarens		49064386001
Pascal Pronk		19065129601
Clarissa van Vlijmen		69042897301
Bart Nanninga	Vanaf 1 januari 2020	69022936801
Jan Paul Eendenburg	Vanaf 1 januari 2020	79020820201
Artsen in opleiding tot medisch specialist		
Nicole Hendrix	Vanaf 1 juli 2019	89915762801
Tiago Matos	Vanaf 1 juli 2019	39919260101
Sanne Uitentuis	Vanaf 1 juli 2019	79921980501
Julia Klatte	Vanaf 1 juli 2019	49917481001
Josephine Sillevis Smit	Vanaf 1 juli 2019	49924200001
Darryl Tio	Vanaf 1 juli 2019	9919436601
Annelies Lommerts	Tot 1 juli 2019	89918886201
Louise Gerbens	Tot 1 juli 2019	9916357801
Celine Busard	Tot 1 november 2019	89916952201
Rosanna Kuin	Tot 1 juli 2019	59916025201
Hannah Verhagen	Tot 1 juli 2019	39920370201

1.3 Verwijzers van Huid Medisch Centrum

Adherentie gebied Huid Medisch Centrum 2019 (bron zorgdomein).

Onze top 25 verwijzers bestaat uit huisartsen uit de directe omgeving opgevolgd door de regio groot Amsterdam. Verwijzers hebben tijdens bijscholingen aangegeven te selecteren op een korte toegangstijd (tijd tot eerste afspraak), onze directe lijn met de academie / expertises en bereikbaarheid van de locatie. Gedurende het tweede openingsjaar jaar blijft het aantal verwijzingen voor een second opinion opvallend en het aantal verwijzingen boven regionaal. De trend blijft dat we op de hoofdlocatie in Amsterdam Zuid Oost meer zorg hebben geleverd die tussen de 2^{e} lijn (algemeen ziekenhuis) en de 3^{e} lijn (academisch ziekenhuis) in zit.

1.4 Wetenschappelijk onderzoek

De patiëntenpopulatie die komt in Huid Medisch Centrum komt sinds de uitplaatsing van huisarts verwezen zorg niet meer in Amsterdam UMC. Daarom is er een nauwe samenwerking met betrekking tot de inclusie van patiënten voor wetenschappelijk onderzoek. In 2019 zijn voor vier wetenschappelijke onderzoeken patiënten geïncludeerd.

Lopende studies 2019

Atopisch eczeem
Studie: M16-047; Upadacitinib versus placebo
Gezocht: Patiënten (alleen nog adolescenten van 12-18 jaar) met matig tot ernstig atopisch eczeem die in aanmerking komen voor behandeling met een biologic.
Door: Trial Team AMC

Studie: M16-046; Upadacitinib versus dupilumab
Gezocht: Patiënten (volwassenen) met matig tot ernstig atopisch eczeem die in aanmerking komen voor behandeling met een biologic.
Door: Trial Team AMC

Studie: Prospectief register systemische therapie en lichttherapie voor kinderen en volwassen met atopisch eczeem (TREAT NL)
Gezocht: Patiënten met atopisch eczeem die vanwege onvoldoende ziektecontrole met topicale therapie in aanmerking komen voor systemische behandeling of lichttherapie.
Door: Phyllis Spuls, Pina Middelkamp, Angela Bosma, Arienna Hyseni. Investigator initiated.

Psoriasis
Studie: Psoriasis Palmoplantaris – Spesolimab versus placebo
Gezocht: Patiënten met psoriasis palmoplantaris die in aanmerking komen voor een behandeling met een biologic.
Door: Trial Team AMC

2. Kwaliteit, beleid en veiligheid

2.1 Kwaliteitsmanagementsysteem

Het kwaliteitssysteem functioneert naar tevredenheid en is een onderdeel van het primaire proces, het verlenen van patiëntenzorg. Risico's worden besproken, verbeterpunten uit incidentmeldingen en audits worden gestructureerd opgepakt en geëvalueerd. De cyclus van verbeteren wordt doorlopen en gemonitord door het management en kwaliteitsteams.

2.2 Veiligheidsmanagementsysteem

Goede zorg is veilige zorg. Naast hoge kwaliteit willen wij ook veilige zorg leveren. Met ons veiligheidsmanagement systeem (afgekort VMS) monitoren en beheersen wij onze processen aangaande de veiligheid van patiënten en medewerkers. De kern van een VMS is het signaleren van risico's en het analyseren en voorkomen van incidenten. Het VMS is erop gericht de risico's voor de

patiënt te beheersen en schade aan de patiënt te voorkomen. Voor het streven naar continue en blijvende verbetering wordt gewerkt met een verbetercyclus.

Veilig Incidenten Melden (VIM)
Veilig Incident Melden (VIM) is een belangrijk onderdeel van het Veiligheid Management Systeem. Het Veilig Incidenten Melden is bedoeld om organisatie breed en op locatieniveau zicht te krijgen op oorzaken van ongewenste gebeurtenissen (risico's) in het zorg- en behandelproces. Hierin staan organisatorische of systeemproblemen centraal. Door analyse van incidenten en bijna incidenten is het mogelijk risico's inzichtelijk te maken, onderliggende oorzaken op te sporen en weg te nemen door het inzetten van verbeteracties. De patiëntenzorg wordt op die manier veiliger gemaakt. Indien het een calamiteit betreft, wordt conform onze calamiteitenprocedure, de calamiteit gemeld aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg.
In 2019 zijn er 48 (bijna) incidenten gemeld. Daarvan was de risicoclassificatie voor 27 incidenten zeer laag, voor 16 incidenten laag, voor 4 incidenten midden en 1 hoog. De (bijna) incidenten betroffen de behandeling, informatiebeveiliging, medicatie, diagnostisch onderzoek en één valincident.

Complicatieregistratie
Complicaties na een behandeling worden door de behandelend arts vastgelegd in het elektronische dossier van de patiënt. Alle complicaties worden verzameld en periodiek besproken tijdens een complicatiebespreking van de artsen. Op basis van dit overleg wordt besproken of het noodzakelijk is om maatregelen te nemen.

2.3 Klachten

Aantal klachten 2019: 11
Vijf klachten die zijn ingediend hebben betrekking op de ervaren verkeerde bejegening door de arts. Bij drie klachten betrof het onvrede over de behandeling. De overige drie klachten betrof onvrede over de declaratie/hoogte van de rekening. De klachten zijn door de klachten-functionaris opgepakt en naar tevredenheid van de betreffende patiënt afgehandeld. De externe klachtencommissie heeft geen klachten in behandeling hoeven nemen.

2.4 Klanttevredenheid

Patiënttevredenheid is stabiel en fluctueert tussen 3 decimalen. Ons gemiddeld cijfer van 8.3 (op schaal van 10) stelt ons tevreden. Men geeft terug dat ze het personeel als professioneel, deskundig en zorgzaam ervaren en zijn erg tevreden over de aandacht van de arts. We delen deze complimenten op de werkoverleggen. Men is minder tevreden over de privacy (ontbreken van

omkleedhokje of gordijn), consulttijd ten opzichte van de reistijd (bovenregionaal), behandeling niet verwachte resultaat en vindbaarheid van de locatie.
Reviews op Google, Facebook en Zorgkaart NL zijn inmiddels in aantal dusdanig toegenomen dat we daar ook een analyse op kunnen uitvoeren. Patiënten geven ons positieve reviews en cijfers op alle drie de platformen. Op Zorgkaart NL is ons gemiddelde cijfer 8.5 op een schaal van 10 (n=114), op google scoren we een 3.8 van de 5 sterren (n=12) en facebook 4 van de 5 sterren (n=4). Wanneer een patiënt ontevreden is en dit niet aan ons meldt maar een negatieve review op één van de platformen schrijft nodigen de patiënt altijd uit om contact met ons op te nemen. Dit met als doel de ontevredenheid van de patiënt te kunnen wegnemen, te kunnen stellen.

2.5 Risico en onzekerheden

Vanaf de oprichting is er veel geïnvesteerd in de essentiële onderdelen die nodig zijn voor een veiligheidscultuur. Er is veel aandacht besteed aan teamsamenwerking en communicatie en het elkaar aanspreken. Het contact tussen de zorgverleners is laagdrempelig. Medewerkers spreken elkaar makkelijk aan, voelen zich vrij om (bijna)incidenten te melden en verbeteringen aan te dragen.

Met groei in het aantal zorglocaties, door de overname van bestaande praktijken, is het de uitdaging om te zorgen dat onze visie en missie overal hetzelfde wordt uitgedragen en er één veiligheidscultuur heerst. Door de opening van een extra vestiging is er op de betreffende locatie veel aandacht geweest van management en diverse medewerkers van de hoofdlocatie geweest voor de scholing van nieuwe medewerker, gezamenlijke werkoverleggen, eenduidig werken en gezamenlijke activiteiten.

Het kreeg in 2018 de aanbeveling van MediRisk, die ons cultuuronderzoek heeft uitgevoerd, om naast het geven van klinische lessen en toezien of gemaakte afspraken worden nageleefd, medewerkers hierbij een actievere rol te geven. Om medewerkers die actieve rol te laten nemen in het signaleren van mogelijke toekomstige risico’s werden ze in 2019 betrokken bij de risico inventarisaties van de organisatie en kritische processen. Hierbij werken we toe naar de Safety II (van MediRisk) benadering waarbij er niet alleen gekeken wordt naar wat er fout gaat maar ook naar wat er goed gaat, wat meer recht doet aan de dagelijkse praktijk en wat helpt de veerkracht van zorgverleners en het leervermogen van de organisatie te vergroten. De uitkomsten zijn door de arts in te zien in het dossier van de patiënt.

2.6 Maatschappelijke aspecten

De Juiste Zorg op de Juiste Plek is een initiatief van zorgpartijen en wordt ondersteund door VWS. In dit gedachtegoed staat het dagelijks functioneren van mensen centraal. Van daaruit wordt gezocht naar manieren om zorg te verplaatsen (dichterbij mensen thuis), (duurdere) zorg te voorkomen en

zorg te vervangen door bijvoorbeeld eHealth. In dat kader van het laatste is er in 2019 een patiënten applicatie ontwikkelt voor patiënten. Zij hebben hier toegang tot hun dossier, patiënteninformatie en worden uitgenodigd een actieve bijdrage te leveren bij het aanleveren van informatie. Ze kunnen bijvoorbeeld vragenlijsten invullen om hun zorguitkomst in beeld te brengen.

2.7 Interne en externe ontwikkelingen

In het zorgmodel zijn diverse verbeteringen aangebracht om het primaire proces efficiënter en effectiever in te richten. Het doel was de toename van de productie, verkorten van de toegangstijd en afname van de wachttijden in de wachtruimte.

Documentbeheersysteem

In 2019 is er een nieuw programma, Confluence, aangeschaft om documenten te kunnen beheren. In dit systeem zijn alle documenten door een reviewproces heen gegaan en gekoppeld aan een eigenaar. Het volgen van het reviewproces was opnieuw een updateronde van de documenten. Ook zijn er in dit systeem pagina's aangemaakt voor de verschillende teams. Artsen en doktersassistenten kunnen hier medische protocollen, richtlijnen en notulen van hun werkoverleg vinden.

ICT faciliteiten - Triage van zorgvragen

Bij de start in 2018 werden patienten niet getrieerd en was er alleen onderscheid in algemene dermatologie, flebologie, allergologie en huidtherapie. Gedurende dat jaar is gebleken dat we echter veel verwijzingen van second opinions, specialistische zorgvragen, proctologie en 3e lijns zorg ontvingen en zagen op de algemene spreekuren.
In januari 2019 is daarom gestart met de triage van verwijzingen zodat de patiënt op het juiste spreekuur kan worden ingepland danwel kan worden doorverwezen naar de 3e lijn / academie. Dit is goed bevallen en heeft ook geresulteerd in het inzicht dat patiënten die op verdere afstand wonen we soms beter kunnen bedienen met zorg op afstand doormiddel van een tele-consult. Patiënten reizen dan niet onnodig naar Amsterdam.

Europese wetgeving over opslag en vervoer van gevaarlijke stoffen

In 2019 heeft er een nulmeting en audit plaatsgevonden over onze opslag, etiketteren en vervoeren van gevaarlijke stoffen (en gevaarlijke medische hulpmiddelen zoals naalden). Hieruit is een protocol voortgekomen en heeft er scholing plaatsgevonden betreffende dit thema.

Veiligheid van medewerkers

Medewerkers worden geconfronteerd met agressieve patiënten, veeleisende patiënten danwel patiënten die weigeren te betalen. Medewerkers ervaren hierin soms dat het hen ontbreekt aan vaardigheden in de omgang met deze patiënten. Deze training is verzorgd in 2019.

2.8 Realisatie kwaliteitsdoelstellingen 2019

Huid Medisch Centrum heeft zich in 2019 gericht op het optimaliseren en monitoren van de zorg en de processen die daar aan ten grondslag liggen. Daarnaast heeft Huid Medisch Centrum de aansluiting van de dermatologen van het voormalige MC Slotervaart vormgegeven en hiervoor een nieuwe locatie geopend in Amsterdam West.

Dashboard kwaliteitsindicatoren en prestatie indicatoren
Specifiek: Om de resultaten van onze bedrijfsvoering en kwaliteitsmanagementsysteem inzichtelijk te maken willen wij een dashboard inrichten.
Meetbaar: Periodiek willen we uitkomsten analyseren, delen met medewerkers, besluiten nemen en onderbouwen. Daarnaast gebruiken we de uitkomsten voor externe verantwoording.
Acceptabel: Wanneer een kwaliteitsindicator of prestatie indicator langdurig boven de door ons gestelde norm uitkomt wordt besloten of indicator naar de achtergrond gaat.
Realistisch: Wij streven ernaar alleen KPI's te benoemen die een toegevoegde waarde hebben.
Tijdsgebonden: Eind 2019 moeten de eerste resultaten zichtbaar zijn.

Status:
De ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren is een langdurig proces gebleken. In 2019 is het proces opgestart om met de directie gezamenlijk te kijken wat naast de bestaande indicatoren mogelijke andere nuttige indicatoren zijn om op te sturen. De directie is unaniem van mening dat het meten om het meten niet het doel kan en mag zijn. Een beperkte zinnige set van indicatoren is beter dan een uitgebreide set waarbij de toegevoegde waarde onduidelijk is. Daarnaast is gebleken dat, alvorens vast te stellen wat de toegevoegde waarde is, het essentieel is dat data op eenzelfde wijze in dossiers wordt geregistreerd. Binnen het EPD en de ontwikkelde tooling wordt voortdurend gewerkt aan het proces van eenduidige en consistente vastlegging.

Inrichten definitieve locatie in Amsterdam West
Specifiek: Ontwikkeling van de fysieke inrichting van het gebouw, aanschaf inrichting en (medische) hulpmiddelen, inrichten van logistieke processen, ICT faciliteiten en het primaire proces.
Meetbaar: Opening nieuwe locatie waar dermatologische patiëntenzorg kan worden geleverd.
Acceptabel: Kunnen bieden van veilige zorg aan patiënten.
Realistisch: Wij streven naar een vergelijkbare inrichting als de locatie Zuid Oost. Veel van deze processen en systemen kunnen worden overgenomen of worden uitgebreid.
Tijdsgebonden: Eind 2019 is locatie gereed.

Status:
Eind 2019 zijn de deuren geopend van de nieuwe definitieve locatie in Amsterdam West. De locatie is ingericht naar voorbeeld van de hoofdlocatie in Zuid-Oost, waarbij wel duidelijk rekening is gehouden met het feit dat het hier een satelliet locatie betreft. Het team is operationeel. Het is nu zaak om de zorgcapaciteit op te schalen.

2.9 Kwaliteitsdoelstellingen voor 2020

Huid Medisch Centrum gaat zich in 2020 richten op de doorontwikkeling van het sturen op kwaliteit met behulp van indicatoren en de implementatie van een eenduidig kwaliteitsmanagement en veiligheidscultuur op alle locaties. Dit zal gelden voor meerdere locaties, daarnaast heeft de nieuwe locatie in Amsterdam West begin 2020 de praktijk dermatologie Amsterdam, zich aangesloten bij Huid Medisch Centrum.

Dashboard kwaliteitsindicatoren en prestatie indicatoren

Specifiek: Om de resultaten van onze bedrijfsvoering en kwaliteitsmanagementsysteem inzichtelijk te maken willen wij een dashboard inrichten.
Meetbaar: Periodiek willen we uitkomsten analyseren, delen met medewerkers, besluiten nemen en onderbouwen. Daarnaast gebruiken we de uitkomsten voor externe verantwoording.
Acceptabel: Wanneer een kwaliteitsindicator of prestatie indicator langdurig boven de door ons gestelde norm uitkomt wordt besloten of indicator naar de achtergrond gaat (dus minder vaak wordt bekeken.
Realistisch: Wij streven ernaar alleen KPI's te benoemen waarop te sturen valt en verbetering wenselijk is.
Tijdsgebonden: Eind 2020 moeten de eerste resultaten zichtbaar zijn.
Status: In 2019 zijn er meetprotocollen opgesteld en is de discussie gestart waarop we willen sturen. Daarnaast is er gekeken hoe de data uit de systemen te halen zijn. Dit is een langdurig project en heeft mogelijk externe ondersteuning nodig.

Implementatie kwaliteitssysteem op alle locaties

Specifiek: Gericht op de veranderingen in de organisatie door de uitbreiding met nieuwe vestigingen is het noodzakelijk dat werkprocessen en werkwijzen worden geüniformeerd en de kwaliteitsorganisatie alle locaties faciliteert. Hierdoor zal toezicht en (be)sturing van kwaliteit en patiëntveiligheid mogelijk blijven. Additionele aanpassingen in de organisatie kunnen hieruit voortvloeien.
Meetbaar: Middels interne audits kan de naleving van afspraken beoordeeld worden.
Acceptabel: Bij zorg gerelateerde normen betreft dit onder andere onderwerpen als toegankelijkheid van de zorg, beoordeling van zorg, patiënten rechten, hospitality en continuïteit van de zorg. Met betrekking tot de organisatie betreft het onder andere infectiepreventie, kwalificaties van medewerkers, bestuur, toezicht en leiderschap, management van informatie, facilitair management en gebouw technische aspecten.
Realistisch: Het huidige kwaliteitssysteem wordt uitgerold.
Tijdsgebonden: Dit betreft een continu doelstelling waarvan de voortgang en resultaten jaarlijks beoordeeld moeten worden.
Status: Medewerkers worden meegenomen in het bestaande scholingsprogramma en het decentrale kwaliteitsteam gaat zijn taken uitbreiden. Communicatie verloopt via de teamleiders en directie.

Verbetermodule Improve 2.0 implementeren

Specifiek: Implementatie van een digitale ondersteuning om verbeterpunten uit de verschillende bronnen (VIM, klachten, audits, IGJ bezoek) in één systeem te monitoren.
Meetbaar: De kwaliteitsteams bespreken maandelijks de verbeterpunten en beleggen deze in de organisatie.
Acceptabel: Stapsgewijs worden verbeterpunten ingevoerd in het systeem.

Realistisch: Het centrale kwaliteitsteam draagt het vullen en monitoren pas over als alle verbeterpunten zijn ondergebracht en het proces functioneert.
Tijdsgebonden: Eind 2020 worden alle verbetercycli gemonitord in de nieuwe module.
Status: De Module improve 2.0 is werkzaam en gevuld met audit verbeterpunten.